La luxation congénitale de la hanche

Définition :

La LCH est la perte des rapports normaux entre la tête fémorale et le cotyle ;
On élargit cette définition à toutes les instabilités congénitales de cette articulation.

Généralités :

.c'est une pathologie relativement fréquente ; elle est variable en fonction des régions et des pays

.la LCH n'est pas une malformation :dans la majorité des cas,elle est secondaire à des anomalies de positionnement de l'enfant en intra-utérin qui vont entraîner des excès de pression sur le fémur fléchi luxant la hanche en arrière du cotyle

.il existe des familles ou la LCH est fréquente

.la prévention de la LCH est impossible, puisqu'elle se constitue in utero

.son dépistage repose essentiellement sur les données de l'examen clinique

Epidémiologie :

.prédominance féminine : sex. ratio 5/1

.atteint surtout les sujets de race blanche

.chez les sujets ayant des antécédents familiaux,la fréquence peut atteindre 20à30 %

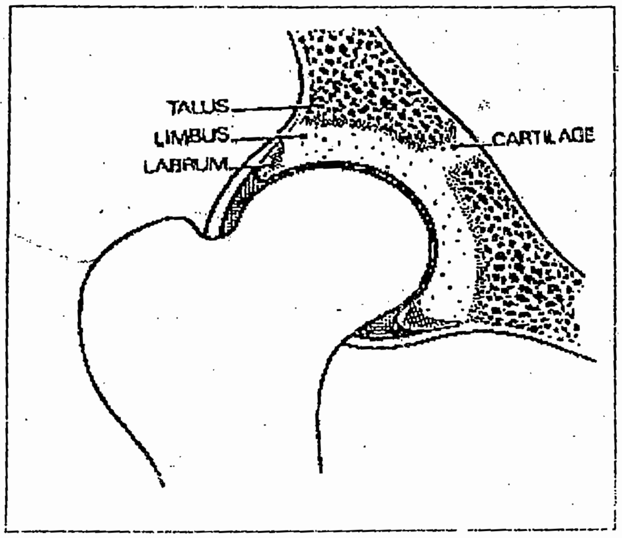
Anatomie :

.A la naissance, la cavité cotyloïde représente une demi sphère et la hanche demeure parfaitement stable et non dislocable, même par des manœuvres qui engendreraient un décollement épiphysaire supérieur et non une luxation

Le col est très court, l'angle cervico-diaphysaire est de l'ordre de 135 à 145 °

La torsion fémorale (qui oriente vers l'avant, l'extrémité supérieure du fémur) est habituellement de 25 à 30 °

L'artère circonflexe postérieure irrigue l'épiphyse fémorale, la plaque conjugale et une grand partie de la métaphyse



1/5 L.C.H

Facteurs étiologiques

-Les facteurs génétiques : sont en faveurs de la théorie génétique :

.la fréquence dans le sexe féminin

.le contexte familial

.le contexte racial et géographique

-Les facteurs mécaniques : sont en faveur des facteurs mécaniques :

.accouchement par le siège

.césarienne

.gros poids de naissance

.existence de déformations des pieds, genoux, crâne ou du cou

.oligamnios

.disproportion foeto-maternelle

Anatomie pathologique

.anomalies capsulo-ligamentaires : distendues

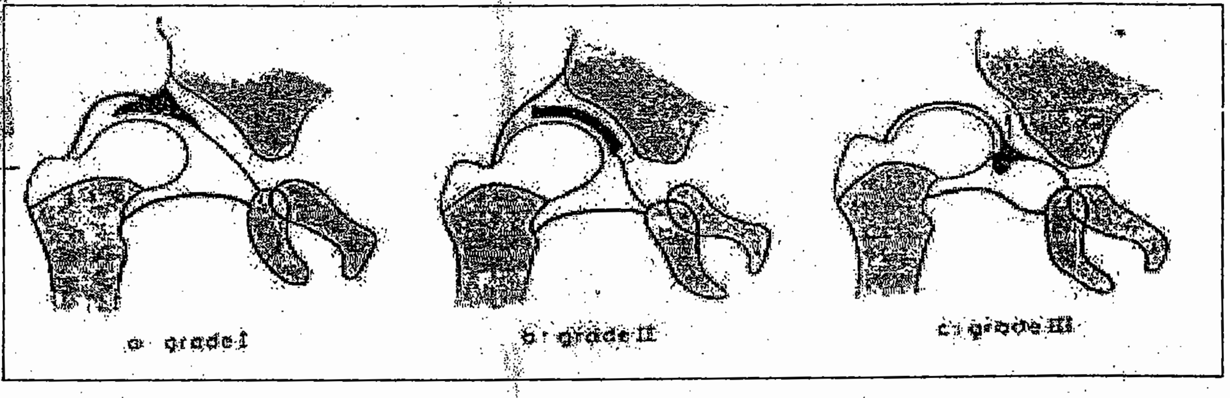
.anomalies cotyloïdiennes :

1- déformation de la cavité cotyloïde
2- déformation du limbus : classification de DUNN :

.grade I : subluxation avec limbus éversé

.grade II : luxation intermédiaire avec limbus écrasé

Grade III : luxation complète avec limbus inversé



Déformation du cotyle + déformation du limbus définissent la dysplasie cotyloïdienne

.anomalies fémorales : l'antéversion fémorale est dans la plupart des cas augmentée (entre 30 – 65 °)

CLINIQUE :

A-Chez le nouveau né :

.inspection : · posture luxante en adduction

.rechercher tout mouvement ou posture asymétrique

.rechercher une asymétrie apparente de longueur des membres inférieurs

.rechercher une asymétrie des plis de flexion de la racine des cuisses

.palpation :

.des manœuvres cherchent à mettre en évidence la mobilité de la tête fémo par rapport au cotyle.cette mobilité se traduit par une sensation de ressaut, qui correspo au passage de la tête fémorale de dedans en dehors du cotyle ou l'inverse

1-limitation de l'abduction < 60° (normal : 70 à 85 °)

2-hypertonie des adducteurs

3-manœuvre d'Ortholani : enfant en décubitus dorsal, hanches fléchies et rapprochées. L'examinateur met ses mains sur les genoux de l'enfant, pouce sur la face interne des cuisses, les autres doigts sur la région trochantérienne

On met les membres inférieurs en abduction, hanches fléchies à 90° :s'il y'a ressaut, d de rentrée, la tête fémorale réintègre le cotyle : témoignant d'une hanche luxée

4-manœuvre de Barlow :une main bloque le bassin,alors que l'autre tient la partie proximale de la cuisse pour lui imprimer un mouvement de prono-supination quoi perme d'apprécier la stabilité de la hanche en recherchant un éventuel déplacement antéropostérieur ou postéro antérieur témoignant d'une hanche luxable

B- Chez la nourrisson : certains signes sont faciles à mettre en évidence car plus nets :

.limitation de l'abduction

.hypertonie –rétraction des adducteurs

.raccourcissement d'une cuisse en cas d'une forme unilatérale

C-Chez l'enfant à l'age de la marche :

.le symptôme dominant à cet age est la boiterie.

Examens complémentaires

Radiographie du bassin :

Du fait de la structure cartilagineuse du noyau fémoral supérieur chez le nouveau-né. la radiographie n'est pas fiable et ne constitue pas un mode de dépistage

La radiographie du bassin est réalisée à 4 mois

Elle doit s'atteler à rechercher un défaut de centrage avec ascension et latéralisation ainsi qu'une augmentation de la pente acétabulaire

Si le point d'ossification de la tête fémorale est présent, il se situe dans le quadrant inférieur et interne de la construction d'Ombredanne

Echographie de hanche :

Elle permet d'avoir de bons renseignements sur l'état anatomique de la hanche.Elle permet soit une analyse statique, soit une analyse dynamique

Autres examens :

-L'arthrographie : exceptionnellement utilisée.c'est un moyen de contrôle du traitement dans les cas difficiles

-La tomodensitométrie : peu valable chez le jeune enfant lorsque la hanche est cartilagineuse.elle est supplantée par l'échographie

Classification radio-clinique :

1-hanche luxée irréductible
2-hanche luxée réductible
3-hanche luxable
4-hanche subluxée
5-dysplasie cotyloïdienne
6-hanche à risque : .antécédent familial de LCH
.présentation de siège
.posture évocatrice (genu recurvatum, torticolis)
.abduction limitée < 60°
.abduction asymétrique
.hypertonie des adducteurs

TRAITEMENT :

Traitement orthopédique :

1-méthodes ambulatoires
-avec abduction immédiate : .langeage en abduction
.culotte d'abduction
-ave abduction progressive : .attelle d'abduction à hanche libre de Petit
.harnais de Pavlick

2-méthodes hospitalière : traction continue au lit
-chez l'enfant de 3 à 10 mois, la préférence va à la traction au zénith pendant semaines
-à partir de 10 mois, la réduction se fait par traction horizontale pendant 6 semaines

Après réduction lente par traction, un plâtre pelvi-pédieux est confectionné sous anesthésie générale, après avoir testé cliniquement et radiologiquement la réduction

Traitement chirurgical :

1-gestes facilitant la réduction : ténotomie des adducteurs
Ostéotomie de raccourcissement fémoral
2-gestes facilitant la stabilisation de la hanche : capsulorraphie
3-gestes permettant la réduction : c'est la réduction chirurgicale
4-gestes corrigeant la dysplasie cotyloïdienne : ostéotomie pelvienne
5-gestes modifiant les axes du col fémoral : ostéotomies fémorale de dérotation et de varisation

Indications :

Nouveau- né :

.hanche luxée irréductible : attendre 3 – 4 mois puis traction

.hanche luxée réductible :

-langeage en abduction ou culotte d'abducti

-si les adducteurs ''tirent fort'' : méthodes progressive (harnais de Pavlick)

Nourrisson :

.luxation irréductible : traction progressive + plâtre PP ; 3 à 4 mois

.luxation réductible : harnais de Pavlick (si échec : hospitalisation)

.dysplasie cotyloïdienne sans trouble de centrage : surveillance radio-Clinique car l'amélioration spontanée est fréquente

Enfant, après la marche :

.la chirurgie est souvent nécessaire, surtout après échec du traitement Orthopédique

Conclusion

.la LCh est un problème de santé publique

.importance du dépistage à la naissance

.se souvenir que tout au long du traitement (qui est souvent long), il faut avoir à l'esprit u complication redoutable représentée par l'ostéochondrite